

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

No

656

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 juillet 1899 à 9 heures

PAR

Albert PÉLAS

ANCIEN INTERNE EN MÉDECINE
DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

LE

ROLE DE LA CHIRURGIE

DANS

L'ÉTIOLOGIE ET LE TRAITEMENT

DE

L'Aliénation Mentale

Président : M. TILLAUX, professeur

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur
 { WALTHER et LEGUEU, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

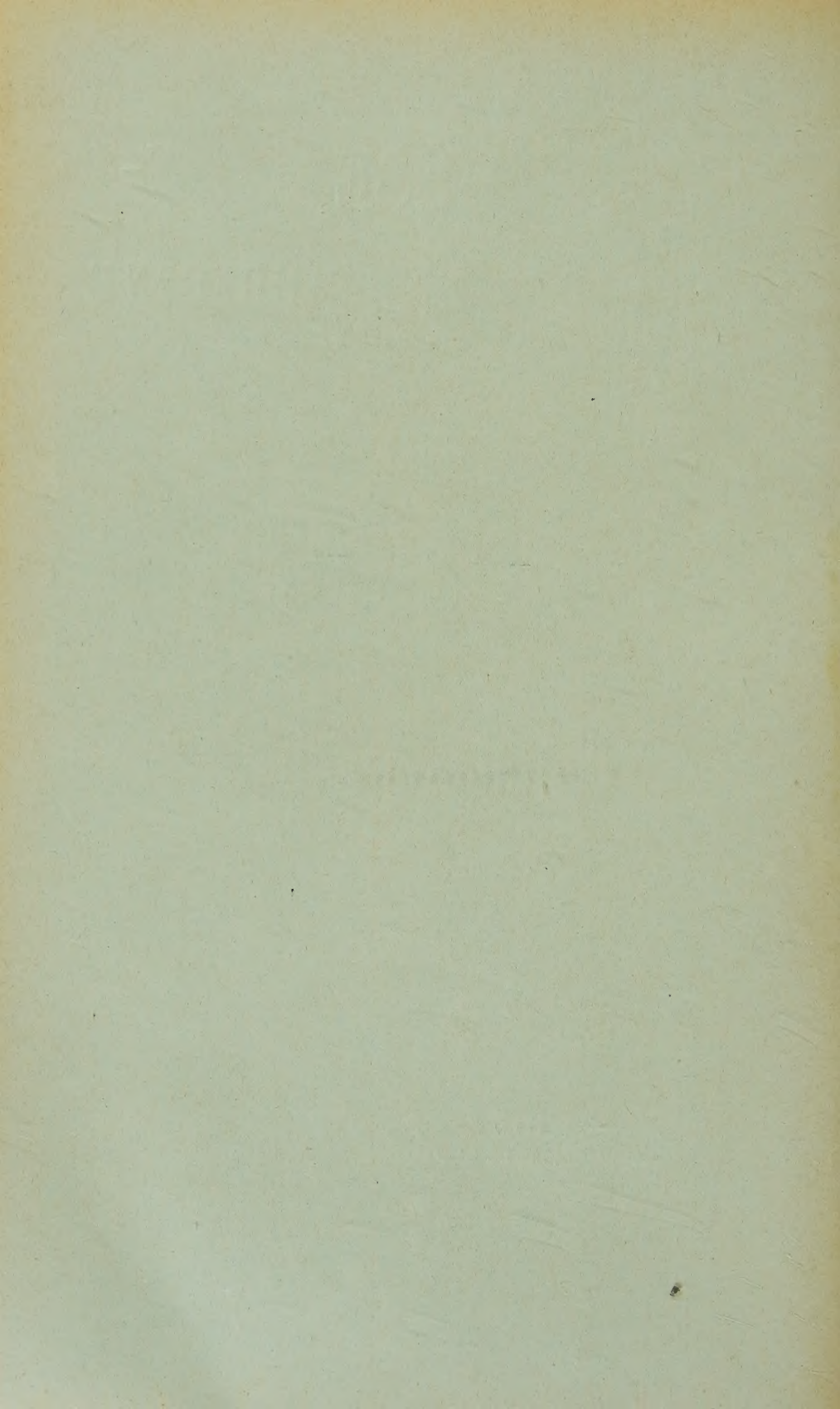
PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTE DE MEDECINE

15, rue Racine, 15

1899



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MEDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1899

No —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 juillet 1899 à 9 heures

PAR

Albert PÉLAS

ANCIEN INTERNE EN MÉDECINE
DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

LE

ROLE DE LA CHIRURGIE

DANS

L'ÉTIOLOGIE ET LE TRAITEMENT

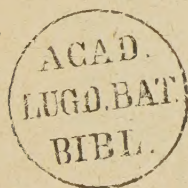
DE

L'Aliénation Mentale

Président : M. TILLAUD, professeur

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur
 { WALTHER et LEGUEU, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTE DE MEDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	} HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	} DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
Clinique médicale	} CHANTEMESSE.
Maladies des enfants	} POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	} JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires	FOURNIER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
	} BERGER.
	} DUPLAY.
	} LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	} PINARD.
	} BUDIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (Aug)	GILLES DE LA	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PREMIERS MAITRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES ASILES DE LA SEINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARANDON DE MONTYEL

Médecin en Chef de l'Asile de Ville-Evrard

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRIAND

Chevalier de la Légion d'Honneur
Médecin en chef de l'Asile de Villejuif

Nous gardons un doux souvenir de notre internat de 1896 et 1897 chez le maître qui n'a cessé de nous témoigner le plus vif intérêt. Nous n'oublierons jamais ce qu'il a fait pour nous.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SÉRIEUX

Médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard

A MONSIEUR LE DOCTEUR FEBVRE

Médecin en Chef de l'Asile de Ville-Evrard

Maître essentiellement bon, qui nous honora de sa bienveillante amitié. Qu'il reçoive ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien en chef des Asiles de la Seine

Que notre vénéré maître en chirurgie reçoive ici l'assurance de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAUCLAIRE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien-Adjoint des Asiles de la Seine
Professeur Agrégé de la Faculté de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR POTTIER

Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Picpus

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de Clinique Chirurgicale de la Faculté de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

C'est pour nous un devoir de témoigner notre profonde gratitude à nos premiers maîtres de la Faculté de Nancy, à nos maîtres de la Faculté de Paris, à nos maîtres dans les hôpitaux, à nos maîtres dans les Asiles de la Seine.

A la Salpêtrière, nous avons suivi les leçons de M. le professeur Raymond : c'est à son grand enseignement que nous devons ce que nous savons de neurologie ; qu'il reçoive ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A l'hôpital Saint-Louis, nous avons suivi l'enseignement clinique de M. le docteur Richelot, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux : c'est à son école que nous avons été initiés à la sémiologie chirurgicale, et nous ne saurions trop le remercier ; nous le prions de recevoir l'assurance de notre profonde gratitude.

A Ville-Evrard, nous avons été l'interne de M. le Docteur Marandon de Montyel, en 1895 : il fut notre premier maître en aliénation mentale, et nous prodigua toujours ses conseils, pleins de bienveillance.

A Villejuif, nous avons été pendant deux années l'interne de M. le docteur Briand. Nous gardons un doux souvenir de notre internat chez le maître, qui n'a cessé de nous témoigner le plus vif intérêt. Qu'il reçoive ici l'expression de la profonde reconnaissance d'un élève, qui n'oubliera jamais ce qu'il a fait pour lui.

M. le docteur Sérieux fut aussi notre maître à Villejuif; il nous prodigua toujours ses précieux conseils, et nous ne saurions trop le remercier.

MM. les docteurs Toulouse et Pactet médecins en chef de l'Asile de Villejuif, ont droit à toute notre gratitude : ils nous ont toujours témoigné la plus grande bienveillance.

Enfin, M. le docteur Febvère, médecin en chef de Ville-Evrard, et M. le docteur Picqué, chirurgien en chef des Asiles de la Seine, ont été pour nous des maîtres aussi aimables que dévoués. Nous leur devons beaucoup ; notre dette est grande et nous ne saurions l'acquitter. Qu'ils reçoivent ici l'assurance de notre profonde gratitude.

M. le docteur Mauclair, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien-adjoint des Asiles de la Seine, nous a témoigné beaucoup de bienveillance et d'inté-

rêt : nous sommes heureux de lui exprimer notre vive reconnaissance.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien recevoir l'hommage de notre profond respect et de notre sincère gratitude, pour le grand honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de notre Thèse.

INTRODUCTION

Pendant la quatrième année d'internat que nous avons accomplie dans le service de notre excellent maître, le docteur Febvre, médecin en chef du service des femmes à Ville-Evrard, nous avons assisté M. le docteur Picqué, chirurgien des hôpitaux de Paris, dans ses examens gynécologiques et dans ses opérations chirurgicales, régulièrement pratiqués dans le service des femmes.

Ainsi nous avons vu l'application de la méthode, suivie par nos deux maîtres, au point de vue séméiologique et thérapeutique. Ainsi nous avons recueilli les observations des malades aliénées, que M. le docteur Picqué a opérées, à l'asile de Ville-Evrard. Ainsi nous avons été le témoin fidèle des interventions gynécologiques que nous avons enregistrées, dont nous avons soigneusement noté les résultats.

Ce sont ces observations que nous apportons, comme thèse inaugurale. Elles ont été consciencieu-

sement recueillies, minutieusement prises, sous la direction de MM. Febvre, médecin en chef, et Picqué, chirurgien en chef, des Asiles publics d'aliénés de la Seine.

Nous avons vu nos deux maîtres examiner les malades aliénées de Ville-Evrard, au point de vue purement séméiologique, au début. C'était là certes de la bonne séméiologie. Le médecin explorait le système nerveux central et périphérique, l'appareil circulatoire, l'appareil respiratoire, l'appareil digestif et l'appareil urinaire. Le chirurgien explorait l'utérus et les annexes, et pratiquait l'examen chirurgical des malades. Il ne s'agissait au début que du diagnostic. Après de nombreux examens, s'est posée la question de l'intervention pour les cas tout à fait nécessaires. Et ce n'est qu'après de longues discussions, de multiples examens, que le médecin et le chirurgien, tous deux collaborateurs, ont décidé d'abord et pratiqué cette intervention. L'opération, pour eux, n'avait qu'un but : débarrasser, soulager la malade, et calmer ses douleurs ; guérir une infirmité grave, et supprimer une lésion dangereuse. Elle n'avait pas pour but de guérir ou d'améliorer une psychose ; elle n'avait pas pour but d'agir sur l'état mental de la malade. Elle était pratiquée dans les mêmes conditions, avec les mêmes indications que chez un sujet normal, ne présentant aucun trouble psychique. Et nos deux maîtres assimilaient la femme aliénée, séquestrée

dans un asile, à une femme absolument normale, en traitement dans une salle d'hôpital. Les opérations n'ont été pratiquées que pour des affections chirurgicales, incidentes, après délibération, après de multiples examens, le diagnostic étant solidement établi, vérifié, contrôlé. De plus, ces opérations n'ont été pratiquées qu'avec le consentement des familles des malades, avec le consentement des malades elles-mêmes. Et puis, ces tentatives ont été couronnées de succès. Non seulement le but opératoire a été atteint ; mais encore a-t-on constaté des modifications de l'état mental des opérées. Le plus souvent c'est une amélioration qu'on a notée, quelquefois une guérison ; jamais l'aggravation n'a pu être déplorée. Même à ce moment, malgré des faits si encourageants, malgré ces succès, jamais l'opération n'a eu pour but une action sur l'état mental. Elle est restée strictement chirurgicale en ses indications.

Cependant, au début, un grave problème était à résoudre, un obstacle apparaissait, quelque chose semblait contre-indiquer cette intervention chez les aliénées. Cette contre-indication paraissait même formelle, catégorique, impérieuse. C'était la grande question des psychoses post-opératoires. Elle était à l'ordre du jour, à ce moment. L'opération, capable de déterminer des psychoses et de causer la folie, pouvait-elle être pratiquée, chez des aliénés ? Ne devait-elle pas aggraver leur état, provoquer des exa-

cerbations dans leurs manifestations délirantes ? Et n'était-ce pas un non sens d'opérer des aliénés, quand il existe des psychoses post-opératoires ? En un mot, la question des psychoses post-opératoires était-elle une contre-indication de l'intervention ?

L'observation nous a prouvé le contraire. Et déjà, même au début de ses interventions, M. Picqué considérait l'aggravation d'un délire vésanique après une opération comme rare, exceptionnelle, à la condition que l'intervention fût justifiée d'une manière absolument formelle, à la condition que l'opération fût une opération d'urgence ou de nécessité, que la gravité du cas chirurgical l'exigeât absolument. Mais M. Picqué provoquait, à ce moment même, une série de discussions sur la question des troubles psychiques consécutifs aux opérations. C'était lui qui faisait des communications sur ce sujet. Certes il attribuait une importance capitale à ces psychoses post-opératoires. Il hésitait à bon droit. Mais bien différente était l'opinion de M. le docteur Febvère, médecin de Ville-Evrard : il était loin d'attacher la même importance à ces psychoses, et surtout il ne les considérait pas comme une contre-indication d'une opération nécessaire. Et puis, ce n'était pas la première fois qu'on opérât des aliénés : de nombreuses interventions avaient été déjà faites, toutes d'urgence et toutes au moins nécessaires. Avec ces faits, nos maîtres avaient suffisamment d'arguments, pour se faire une opinion.

D'ailleurs, nous ne saurions trop le répéter, les interventions gynécologiques ont été pratiquées par M. Picqué, dans le but de supprimer, d'atténuer tout au moins des troubles physiques, organiques, ayant une grande importance, occupant une large place dans la vie mentale de la malade, en raison des conceptions délirantes. Ainsi les douleurs abdominales et lombaires, chez une femme aliénée, ne sont pas telles que chez une femme absolument normale. Il en est de même de métrorrhagies. L'état mental accentué, comme il atténue, suivant les cas, suivant la forme clinique du délire vésanique. Et ce n'est que dans le but de supprimer des lésions, causes de troubles physiques graves, en présence de troubles fonctionnels exagérés multipliés, amplifiés par un cerveau malade, ce n'est que dans ce seul but qu'ont été pratiquées les opérations, dont nous apportons les observations.

D'abord, avant tout, nous devons déclarer qu'il est une catégorie de malades, chez lesquelles M. Picqué s'est abstenu de toute intervention : ce sont les hystériques. Et M. Picqué connaissait ces malades, au point de vue gynécologique. Il avait rarement opéré d'hystériques ; il en avait cependant opéré. Son opinion était faite, et sa religion éclairée, sur ce point. Pour M. Picqué, si les statistiques étrangères sont aussi peu favorables à l'intervention chirurgicale chez les aliénés, c'est parce qu'on s'est adressé à des hys-

tériques, qu'on a opéré des hystériques, alors qu'on eût dû s'en abstenir, et se borner chez elles à des interventions d'urgence, hernie étranglée par exemple.

Les hystériques constituent une catégorie de malades à part; elles ne sont point des aliénées. C'est elles que les aliénistes et les chirurgiens étrangers ont opérées, comme aliénées. Voilà pourquoi les résultats qu'on a obtenus à l'étranger, ne sont point favorables à l'intervention chez les aliénées. Mais M. Picqué considère le diagnostic d'hystérie comme une contre-indication formelle, absolue, catégorique, à toute intervention. C'est un point que nous voulions solidement établir.

Aux hystériques, il nous faut ajouter les grands persécutés, dégénérés, persécutés — persécuteurs et délirants chroniques, qui sont si dangereux pour les chirurgiens, qu'ils poursuivent et accusent de préjudice grave, après l'opération. Chez les persécutés, les résultats peuvent être excellents, au point de vue opératoire, au point de vue purement chirurgical. Ils déterminent malheureusement trop souvent des exacerbations du côté mental, et cette exacerbation du délire est une contre-indication de l'intervention chez les persécutés.

La grande famille des hystériques et la grande famille des persécutés doivent être épargnées par l'opération chirurgicale.

Exception faite de ces deux catégories de malades,

pour lesquels les faits antérieurs ont déterminé l'opinion de MM. Febré et Picqué, toutes les autres catégories d'aliénés sont susceptibles d'intervention.

Les aliénées du service ont été opérées suivant leurs besoins, suivant les exigences de leurs cas gynécologiques; elles n'ont pas été choisies d'avance et spécialement, pour fournir des sujets d'observations. Elles ont été opérées, parce qu'elles avaient besoin de l'être, et pour cette seule raison.

Nous apportons donc ici des observations, peu nombreuses, mais consciencieusement recueillies. De ces observations, nous tirerons, nous dégagerons des conclusions, à la fin de notre modeste travail.

Ce modeste travail comprend deux parties, répond à deux questions, fournit une solution à deux problèmes.

A celui des psychoses post-opératoires, nous donnons une solution comme à celui de l'action exercée par l'opération sur l'état mental des opérées.

Nous étudions d'abord le rôle de la chirurgie dans l'étiologie de la folie. Puis nous étudions le rôle que joue la chirurgie dans le traitement de la folie.

Nous faisons précéder ces deux chapitres d'un court historique, et le nôtre est succinct, parce que nous renvoyons, pour la partie historique, aux travaux, si documentés, publiés dans ces derniers temps.

Nous faisons suivre ces deux chapitres de nos ob-

servations, qui constituent nos arguments, nos preuves : il n'y a pas d'arguments aussi péremptoirs et de preuves aussi palpables que des faits.

Nous terminons par des conclusions, dégagées de ces observations.

HISTORIQUE

I. — HISTORIQUE DE LA QUESTION DES PSYCHOSES POST-OPÉRATOIRES

L'idée des psychoses post-opératoires remonte au xvi^e siècle, où Ambroise Paré, le premier, s'occupe du délire auquel il ne faut chercher d'autre cause que l'opération chirurgicale : « Avant l'opération, dit-il, le malade doit être maintenu dans un état d'esprit calme, afin d'éviter le délire ou autres mauvais effets. »

Longtemps après, paraît, en Allemagne, en 1804, un livre de Schrœtter, intitulé : *De morbis animi, præcipue in combinatione vulnerum* ; mais ce livre reste inconnu, sans avoir aucun retentissement.

Dupuytren, dans ses leçons de clinique chirurgicale, en 1819, décrit un délire éclatant chez les blessés comme chez les opérés, délire qu'il différencie du *delirium tremens*. Un élève de Dupuytren, Chaillou, consacre à ce délire sa thèse inaugurale, en 1833. Ce délire est bien distinct du délire alcoolique : il se dé-

veloppe, chez des blessés, chez des opérés, non alcooliques, sur un terrain purement névropathique. Telle ne sera pas plus tard l'opinion de Broca, comme celle de Feslal, qui n'admettront pas cette distinction du délire nerveux de Dupuytren, avec le délire alcoolique. Ils ne constituent tous deux qu'un seul et même délire à l'avis de Broca comme de Feslal, avis que Verneuil partage un certain temps, pour établir ensuite deux formes de délire chez les blessés et les opérés : d'abord une forme d'excitation, d'origine alcoolique, et puis une forme de dépression, d'origine purement névropathique. Griesinger, en 1861, Sichel, en 1863, Lanne et Magne publient quelques observations de cas de folies post-opératoires isolés.

Courty fait connaître, en 1865, une manie aiguë, consécutive à une ovariectomie : pour la première fois, la gynécologie se trouve incriminée.

Davidson, en 1875, signale un cas de manie qui éclate après une amputation de cuisse.

En 1875 aussi, Barwell, Lawson Tait, Edith relatent des cas de psychosés consécutives à des opérations gynécologiques. En 1878, Schmid-Rimpler publie des cas de délires à hallucinations visuelles prédominantes, délires consécutifs à des opérations de cata-racte.

En 1880, Herm Lossen et Fuerstner font connaître un cas de manie qui éclate après une hystérectomie;

Fuerstner signale des cas de psychoses consécutives à des opérations ophthamologiques.

En 1883, Schnabel, d'Innsbruck, et Jager, de Vienne, relèvent les cas de folies post-opératoires observés dans leurs services respectifs : Schnabel en trouve 6,5 0/0 ; Jager, 0,75 0/0.

L'année 1884 est marquée par le magistral article de M. Régis sur les Folies sympathiques dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.

En 1885, Barwell, Torto, Keth, Dent, Mérédith et Bristove ont relaté des cas de psychoses post-opératoires en gynécologie ; Landesberg, Kretschmer ont relaté des cas de psychoses post-opératoires en ophthalmologie.

Le 22 octobre 1887, paraît, dans l'*Union médicale*, l'observation de M. Polaillon, qui, ayant pratiqué le 11 août une hystérectomie abdominale avec castration sur une femme ayant un fibromyome du fond de l'utérus, a vu son opérée s'agiter après l'intervention, puis, au bout de quelques jours, tomber dans la mélancolie, qui nécessita son admission à Sainte-Anne, le 3 octobre.

Dans sa thèse intitulée « Traumatisme et Névropathie », M. Bataille publie des cas de psychoses consécutives à des traumatismes crâniens, à l'extraction de chicots dentaires, à un cathérisme de l'urèthre, où la prédisposition semble jouer un rôle essentiel.

Edward III de New-York ajoute trois observations

personnelles à sept observations de Graube, A. Martin, Duerelius, P. Ruge, de « Psychopathies aiguës à la suite des opérations de gynécologie » qui sont le titre et le sujet de son mémoire.

Czempin rapporte cinq cas de folies post-opératoires : un, consécutif à une ovariectomie, terminé par la mort en quelques jours, un consécutif à une extirpation d'hémorroïdes, un consécutif à une opération de prolapsus utérin, deux, consécutifs à une opération de cancer du rectum.

Girouk publie un cas de mélancolie consécutive à une périnéorrhaphie.

Savage assigne aux anesthésiques une valeur étiologique prépondérante dans ses cinq observations de psychoses après des interventions gynécologiques.

Il n'est pas d'accord avec Werth, de Kiel, auquel on doit six cas d'aliénation chez 228 opérées : pour Werth, il ne faut pas incriminer les antiseptiques, et, seul, le traumatisme opératoire est responsable des accidents cérébraux.

Au Congrès de la société allemande de gynécologie, tenu en mai 1887 à Halle, Langer, Martin, Ahlfeld et Frommel apportent, après Werth, un certain nombre d'observations.

Sheperd relate, en décembre 1888, six cas de psychoses post-opératoires.

Langer fournit deux observations, qui font jouer à l'iodoforme un rôle pathogène important.

Tillebronn, de Hambourg, rapporte deux cas de mélancolie et un cas de manie, consécutives à des opérations gynécologiques : un intervalle de trois à quatre mois sépare l'intervention de l'éclosion de la psychose.

En 1889, paraissent dans le Bulletin médical les deux leçons cliniques de M. le professeur Mairet, de Montpellier.

Une psychose a éclaté chez une femme de 42 ans que M. Tévenat venait d'opérer d'un kyste hydatique du foie. Ce cas fournit à M. le professeur Mairet le sujet de ses deux leçons cliniques, où il étudie la pathogénie de ces troubles intellectuels. L'opération peut être une cause occasionnelle ; elle peut faire éclore un délire sur un terrain préparé ; mais, dans certains cas, elle est « la note étiologique dominante ». Il faut accorder une grande valeur aux troubles de la nutrition des opérations graves, et ne pas trop négliger l'anesthésie. Seuls, les traumatismes opératoires graves sont les causes de ces psychoses post-opératoires et surtout ceux de la gynécologie.

Telles sont les conclusions de M. le professeur Mairet. Ce sont celles aussi de son élève, M. Denis, qui, dans sa thèse, fait jouer un rôle important aux anesthésiques.

Dent, en avril 1889, a publié cinq observations de psychoses post-opératoires, ou plutôt de troubles intellectuels, étiquetés : « Aliénation mentale consécu-

tive aux opérations chirurgicales. » Une malade opérée meurt onze jours après une ovariectomie : Dent est loin d'omettre la suppuration dans son observation ; mais il l'oublie dans l'explication de ce délire maniaque, au milieu duquel l'opérée succombe.

En mai 1889, Gaillard Thomas fournit quatre cas de manie, cas de mélancolie, tous suivis de mort rapide. Dans la discussion que son mémoire soulève à l'Académie de médecine de New-York, Alf Loomis, J. B. Hunter, Nicholes, Paul Mundé, William Polk, Landon Carter Gray font appel, les uns aux antiseptiques et les autres aux anesthésiques, quelques-uns même à la crainte et à l'appréhension de l'intervention, pour expliquer les troubles psychiques consécutifs à cette dernière. Ils admettent à l'unanimité la prépondérance de la gynécologie.

M. Dufournier fait dans les archives générales de médecine une revue générale au sujet des folies post-opératoires.

Raffaello Gucci, toujours en 1889, apporte quatre observations de troubles psychiques ayant éclaté chez des prédisposés.

Le 9 août 1890, paraît dans la Gazette médicale le travail de M. Pozzi sur les complications de l'ovariectomie, suivie de manie aiguë ou de mélancolie chez des héréditaires, d'après l'auteur, qui fait jouer un rôle essentiel à la prédisposition, tout en réservant

une place à l'alcool et à l'iodoforme parmi les facteurs étiologiques.

A la société d'ophtalmologie, M. Parinaud fait, de l'occlusion compressive des yeux par le pansement, la cause unique des psychoses post-opératoires en ophtalmologie.

Frankl-Hochwart a tiré de 27 observations toutes encore empruntées à cette dernière la conclusion suivante : la crainte de la perte de la vision est la cause efficiente principale, et l'opération, la cause occasionnelle.

La communication de M. Valude au Congrès d'ophtalmologie, en 1890, sur « le délire à la suite des opérations sur l'œil », est appuyée d'observations de Gillet de Grandmont, de Vignes, de Gorecki : pour l'auteur « on rencontre surtout ce délire chez les irréguliers au point de vue mental ».

Le délire consécutif à l'opération de la cataracte est, pour Calderon, un simple délire alcoolique.

En 1891, M. le professeur Le Dentu consacre deux leçons cliniques à l'étude des délires post-opératoires, dont il possède douze observations, dont sept d'excitation maniaque et cinq de dépression mélancolique. M. le professeur Le Dentu différencie le delirium tremens et le délire post opératoire, auquel il assigne une forme d'excitation maniaque et une forme de dépression mélancolique.

En outre, M. le professeur Le Dentu attribue à la

gynécologie un rang prépondérant dans l'étiologie du délire traumatique.

En juin 1891, paraît la thèse de Vène (des délires post-opératoires; Paris, juin 1891) : on y trouve soixante-huit cas, dont trente-huit de gynécologie et trente cas variés. L'auteur attribue le délire à une intoxication par l'alcool, le chloroforme, l'éther, la morphine, l'iodoforme ou à une prédisposition héréditaire, ou à une maladie mentale ou nerveuse.

Dans un travail intitulé ; « Des folies consécutives aux opérations gynécologiques » (Annales de psychiatrie et d'hypnologie, 1893), M. le Dr Segond déclare n'avoir constaté que trois cas de psychose post-opératoire chez quatre-vingt-douze opérées.

Le 18 novembre 1892, à la société médicale des hôpitaux, M. le professeur Debove communique l'observation d'un cas d'hystérie consécutive à une ovariectomie, et conclut que les interventions chirurgicales peuvent déterminer des accidents hystériques. En outre, M. le professeur Debove pense que l'abus des opérations a développé chez certaines femmes un état mental particulier. Ces femmes croient que leurs organes sont malades; elles demandent qu'on les leur enlève. La communication de M. le professeur Debove provoque une discussion. M. Rendu cite une observation de troubles psychiques, consécutifs à un anus contre nature, pour cancer. MM. Desnos et Mathieu citent des cas de folie post-opératoire, en gynécologie.

Nous ne pouvons passer sous silence le mémoire de Ferrarini pas plus que celui du Dr Ostermayer.

Dans le journal médical de Bordeaux M. Regis publie, le 18 septembre 1893, un cas de folie consécutive à une ovario-salpingectomie.

Buttler Smith relate une manie aiguë qui éclate chez une femme opérée d'un kyste de l'ovaire.

Dans le travail de Luys, intitulé : « des folies sympathiques consécutives aux opérations gynécologiques », nous trouvons les idées de Glœnœcke : à son avis, l'ablation des ovaires et l'ablation de l'utérus ont pour conséquences des troubles physiques et des troubles psychiques, qui constituent les psychoses post-opératoires.

Dans sa thèse inaugurale, intitulée « De la folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système génital de la femme » (Thèse de Lille, 1895), M. Musin assigne à la prédisposition héréditaire ou personnelle un rôle essentiellement prépondérant, l'opération n'étant qu'une cause occasionnelle, et il accorde à la gynécologie la plus large place dans l'étiologie des folies post-opératoires, relativement aux autres branches de la chirurgie.

Toujours en 1895, Krœmer étudie l'intervention de la gynécologie dans la neurologie et la psychiatrie.

Rudolph Lœvy consacre un travail aux troubles mentaux consécutifs à l'extraction de la cataracte, et

il les attribue, dans son mémoire, au traitement dans l'obscurité.

John Wilson, en novembre 1896, fait paraître un article intitulé : « Troubles mentaux consécutifs à des opérations chirurgicales », et, pour lui, la cause essentielle de ces troubles est la prédisposition héréditaire ou personnelle, la crainte de l'opération, le traumatisme, étant seulement des causes accessoires.

Dans sa thèse, inaugurale, intitulée « contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs aux opérations gynécologiques » (Thèse de Nancy, 1896), M. Seeligmann formule les conclusions suivantes : « il y a bien réellement une relation de cause à effet entre le traumatisme opératoire gynécologique et la folie consécutive ; — les traumatismes opératoires gynécologiques comptent pour la bonne moitié dans les cas de folie post-opératoire ; — toutes les vésanies ont été observées, mais surtout la mélancolie et aussi la manie aiguë.

En 1897, Christian Simpson publie 26 cas de folie post-opératoire.

M. Marlier présente à la Faculté de Paris sa thèse, intitulée « La folie post-opératoire » (Paris, 1897).

En octobre 1897, au congrès de chirurgie, M. le D^r Rémy, professeur agrégé de la Faculté de Paris, fait une communication sur « les effets du traumatisme chez le vieillard et en particulier du choc prolongé à forme nerveuse ».

L'artério-sclérose, et les lésions des artères de l'encéphale en particulier, sont, pour M. Rémy, l'explication des troubles mentaux des vieillards.

Le 19 mars 1898, paraît, dans la presse médicale, une leçon de M. le professeur Joffroy : Troubles psychiques post-opératoires. Pour M. le professeur Joffroy, ces troubles psychiques post-opératoires se développent chez les prédisposés ; l'opération n'est pas, par elle-même, une cause de folie. Cette cause, il faut la chercher dans l'activité psychique, appréhension, suggestion, auto-suggestion, de l'opéré.

C'est en mai 1898 que paraît la thèse inaugurale du Dr Truelle : Etude critique sur les psychoses dites post-opératoires. Après un exposé historique, extrêmement documenté après une exposition très complète de faits multiples, après une discussion très serrée, l'auteur attribue la vraie cause de ces psychoses à la prédisposition héréditaire ou acquise ; il fait jouer à l'opération le rôle de simple cause occasionnelle ; il admet que ces accidents sont rares. Ici, nous devons reconnaître que nous avons lu et relu, le travail, si complet de notre distingué collègue et excellent ami, le Dr Truelle qui nous a devancé dans l'étude de la question des psychoses post-opératoires. Inspiré de ses idées, nous avons longtemps partagé ses conclusions. Seules, les observations que nous avons recueillies, sous la direction de M. le Dr Picqué, à Ville Evrard, ont légèrement modifié notre opinion, longtemps après.

La thèse, si complète et si remarquable, du D^r Truelle est inspirée des idées de M. le professeur Joffroy et de M. Magnan.

La question des psychoses post-opératoires est à l'ordre du jour, à ce moment.

En mars 1898, M. Picqué provoquait à la Société de chirurgie, une discussion sur les psychoses post-opératoires, en faisant, sur ce sujet, une communication, en collaboration avec M. le D^r Briand (de Villejuif). MM. Picqué et Briand démontrent que les psychoses post-opératoires, si elles existent, en revanche, elles sont exceptionnelles, se rencontrent chez les dégénérés prédisposés, les hystériques et les vieillards. Ils ajoutent que la nature de l'intervention, qu'elle soit gynécologique ou autre, est sans importance. Ils insistent sur les dégénérés, vrais aliénés, qui présentent des obsessions. Ces obsessions les poussent à demander aux chirurgiens des opérations dont ils n'ont qu'un besoin purement imaginaire. C'est surtout chez ces aliénés, ces dégénérés, à obsessions, que l'on rencontre de nombreux cas de psychose, post-opératoires.

Cette savante communication provoque à la société de chirurgie une discussion, à laquelle prennent part MM. Broca, Walther, Richelot, Reynier, Monod, Segond, Lucas-Championnière, Routier, Hartmann, Potherat, Barette, Tuffier, Bouilly, qui tous apportent dans cette discussion le résultat de leur

grande expérience et de leurs multiples observations.

Enfin, cette importante question était à l'ordre du jour du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, tenu à Angers, en août 1898. M. le Dr Rayneau, médecin en chef de l'asile d'Orléans, rapporteur, a fait de cette question la mise au point la plus complète.

Voici les conclusions de M. le Dr Rayneau, que nous faisons suivre du compte-rendu de la discussion des psychoses post-opératoires, au Congrès d'Angers (Compte-rendu des Archives de Neurologie).

CONGRÈS D'ANGERS

CONCLUSIONS DE M. LE D^r RAYNEAU

1^o Les troubles psychiques post-opératoires présentent les symptômes les plus divers ; il n'existe donc pas un type spécial de psychose, que l'on pourrait étiqueter folie post-opératoire.

2^o Si l'on excepte certaines opérations sur le crâne et la thyroïdectomie, dans lesquelles l'intervention peut engendrer seule les troubles mentaux le rôle principal dans leur genèse revient à la prédisposition héréditaire ou acquise.

3^o Diverses autres causes peuvent agir efficacement dans la production de ces accidents. Les unes ont une importance des plus considérables et des plus manifestes, ce sont : 1^o les intoxications d'origine interne ou externe, alcoolisme infection, auto-intoxication ; 2^o le choc moral ou la préoccupation qui accompagne l'opération.

Les autres ont une action très secondaire ; ce sont les anesthésiques, les antiseptiques, l'état d'anémie

ou de cachexie du sujet, la nature de l'intervention, son siège, les organes sur lesquels elle porte.

4° Il n'apparaît pas que les opérations gynécologiques exposeraient, plus que les autres, aux troubles psychiques post-opératoires.

5° Les troubles psychiques sont peu fréquents à la suite des opérations. Les statistiques ne relèvent guère qu'un chiffre moyen de 1 à 2, délires sur 100 interventions, et encore est-ce contestable.

6° Leur époque d'apparition est des plus variables. Le plus souvent, ils surviennent sitôt après l'opération, dans d'autres cas, au contraire, ils n'apparaissent qu'à une époque plus éloignée.

7° Leur évolution et le pronostic dépendent des causes qui les ont fait naître et des formes qu'ils revêtent. A ce point de vue, chaque cas doit être considéré en particulier.

Discussion. — M. Régis estime que les psychoses post-opératoires sont surtout observées dans les hôpitaux et que les chirurgiens sont peu préparés à une étude de ce genre. Depuis six ans, il a examiné tous les cas de psychoses qui se sont produites à l'hôpital Saint-André à Bordeaux et il a pu distinguer deux catégories :

1° Troubles post-opératoires survenant à l'occasion de l'opération.

2° Troubles relevant de l'opération.

Les malades de la première catégorie vont à l'asile ;

ce sont les prédisposés ; les malades de la seconde catégorie sont atteints de troubles relevant bien de l'opération, mais que ne voient pas les aliénistes.

Ces troubles affectent la forme de la confusion mentale, depuis l'état dépressif jusqu'à l'état méningitique, et il y a un état particulier délirant ayant ses caractères propres.

Il est nocturne, a les éléments du rêve ; il cesse au matin quand il est léger, c'est un délire onirique.

Plus intense, il se prolonge comme un rêve, mais avec des intervalles.

Très intense, il est continu, le malade rêve le jour comme la nuit. Mais c'est le rêve d'un sommeil pathologique, somnambulique, rappelant la profession de l'individu, pouvant se suspendre quand le malade ouvre les yeux, spontanément ou artificiellement ; enfin, le malade sort de son délire comme on sort d'un rêve ; il y a de l'amnésie, comme dans un état somnambulique, et M. Régis a pu faire recouvrer le souvenir perdu, en mettant le malade dans l'état hypnotique. Or, les délires toxiques se rapprochent de ces états somnambuliques.

Au point de vue de l'époque d'apparition on a : des délires immédiats s'expliquant par l'intoxication de l'anesthésique à laquelle s'ajoute le shock.

Les délires secondaires, apparaissant du deuxième au dixième jour ; se sont les plus fréquents et on peut les attribuer à la septicémie ou à l'auto-intoxication.

Les délires tardifs, apparaissant plusieurs semaines après l'opération, et pouvant être attribués à l'asthémie due à la suppuration, au pansement, au décubitus, à la perte d'un organe à sécrétion interne.

La conclusion est qu'on doit recommander aux chirurgiens la prudence, non seulement chez les prédisposés nerveux, mais encore chez ceux qui peuvent faire de l'auto-intoxication.

Le diagnostic doit être étiologique, on doit rechercher les intoxications.

Le pronostic se tire, non seulement de la forme symptomatologique, mais aussi de l'étiologie, et il faut rechercher si la cellule nerveuse est inhibée ou détruite.

Le traitement doit consister à combattre la cause. Enfin, il existe des cas mixtes, des délires toxiques passant au délire vésanique, et une opération peut faire disparaître un délire vésanique. On s'est demandé alors si une opération est une arme à double tranchant; mais on connaît l'influence dérivative chez les aliénés et on l'explique par un trouble de nutrition.

M. Picqué n'admet pas que les délires septicémiques soient qualifiés de délires post-opératoires, car ils ne sont pas le fait de l'opération, mais de l'opérateur; de même, les délires d'intoxication après le chloroforme ou après le pansement à l'iodoforme doivent être séparés des délires psychiques. M. Picqué pro-

teste contre l'accusation portée contre la chirurgie gynécologique de prêter à l'éclosion des troubles mentaux.

Les malades, chez lesquelles on voit apparaître ces troubles, sont des aliénées ou ont été aliénées, ce sont des malades à idées obsédantes, à troubles subjectifs.

M. Grandjux a observé qu'on ne signale pas de psychose post-opératoire chez les militaires, au moins en temps de paix, et l'attribue à la sélection qui élimine les prédisposés. Il n'en a pas observé à l'ambulance de Froeschviller, installée dans une église à laquelle les allemands mirent le feu et malgré les conditions déplorables où les blessés se trouvèrent pendant plusieurs jours, il n'en a pas vu non plus à Sedan, ni à l'armée de la Loire. Le shock inhérent au traumatisme peut donc être rejeté au deuxième plan et la question primordiale est celle du terrain.

M. Paul Garnier, qui a souvent vu des opérés à l'infirmerie du Dépôt n'a jamais observé la confusion mentale décrite par M. Régis qui, probablement, a assisté, au bon moment, à l'éclosion d'un délire toxique. Les cas observés par M. Garnier sont en opposition avec ce qu'à décrit M. Régis.

M. Garnier a cité l'observation curieuse d'une femme, fille d'alcoolique, mais n'ayant jamais eu de troubles mentaux. En 1891, elle est opérée d'un fibrome de l'utérus et a, dans les deux heures qui suivent l'opération, du pseudo-délire de persécution. En 1893,

elle subit l'ovariotomie et a, consécutivement, pendant quelques semaines, du délire. En 1895, on lui pratique l'hystérectomie abdominale, et, cette fois le délire de persécution s'établit et ne la quitte plus.

M. Joffroy est d'avis qu'une opération est un acte complexe, et il ne faut pas mettre de côté tel ou tel groupe de délire, limiter la question aux délires d'intoxication, d'auto-intoxication ou de septicémie, comme le fait M. Régis, ni rejeter tous ces cas, comme le demande M. Picqué. Il y un rapprochement à faire entre les paralysies hystéro-traumatiques et les troubles psychiques post-opératoires. On les observe.

Chez les femmes hystériques,

Chez les dégénérés,

Chez les intoxiqués.

Il faut aussi tenir compte du rôle que joue la rumination intellectuelle, et si cette rumination intellectuelle précède l'opération, on aura le trouble psychique pré-opératoire.

HISTORIQUE

II. — DU ROLE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE

La grave question du rôle de la chirurgie dans le traitement de l'aliénation mentale est posée pour la première fois, d'une manière extrêmement modeste, par notre vénéré maître, M. le Dr Picqué, dans son rapport de 1892 sur la chirurgie des asiles de la Seine.

Le 31 août 1897, au 65^{me} Congrès annuel de la Brit. med. association (section de psychiatrie) Congrès tenu à Montréal, Rohé, médecin en chef de l'asile de Maryland, et Hobbs, médecin en chef de l'asile de London (Ontario), tous deux provoquent la discussion célèbre de l'intervention chirurgicale chez les aliénés.

Rohé, sur 34 opérations chirurgicales a noté 3 morts, 11 résultats nuls au point de vue mental, 9 améliorations, et 11 guérisons.

Hobbs, sur 80 opérations chirurgicales, a noté 4 morts, 28 résultats nuls au point de vue mental, 18 améliorations, et 30 guérisons.

Malgré ces résultats, si favorables et si encourageants, Russel, directeur de l'asile de Hamilton, a combattu très énergiquement, l'opinion de Hobbs et Rohé. Russel a fait appel au témoignage des aliénistes de l'Amérique et de l'Angleterre, et ces derniers, qui ont répondu à son appel, au nombre de 120, ont, à l'unanimité, condamné l'intervention de la chirurgie dans le traitement de l'aliénation mentale.

En juillet 1897, Cuylitz, fait une communication à la Société de Médecine Mentale de Belgique, et, de ses observations, il conclut à la condamnation de l'intervention chirurgicale en psychiatrie. Malheureusement, dans le travail de Cuylitz, il ne s'agit que des hystériques et des épileptiques. Il n'est pas question des psychoses, et ce sont elles qui nous occupent.

Jacobs admet l'intervention chez les aliénées qui présentent des lésions de l'utérus ou des annexes ; il la comprend au point de vue logique comme une déduction des rapports qui existent entre la vie mentale et la vie génitale de la femme ; mais il ne lui accorde qu'une confiance très médiocre, en dépit d'un cas de guérison de troubles intellectuels chez une femme atteinte de suppuration pelvienne.

En Italie, Angelucci et Pieraccini publient, en 1897, un grand travail sur l'opportunité et l'efficacité du traitement chirurgico-gynécologique dans

la névrose hystérique et les aliénations mentales (Riv. sp. di. fren, 1897, fascicule I). Les deux auteurs ont fait une enquête internationale, et, de cette enquête, ils concluent que : l'ablation de l'utérus ou des annexes normales doit être formellement proscrite du traitement de l'hystérie ou de la folie. L'hystérie constitue presque une contre-indication aux opérations chirurgicales, ayant un but purement gynécologique. La gravité des maladies des organes génitaux à enlever, constitue la seule, l'unique indication d'opportunité des opérations, indépendamment des considérations relatives à l'espérance d'influer éventuellement sur l'état névropathique des sujets à opérer. « Dans ces cas, on peut seulement profiter de l'opération, rendue nécessaire par les conditions pathologiques des organes sexuels pour tenter d'exercer une suggestion sur un état névropathique coexistant. Enfin, mais seulement dans un but de suggestion et quand on a inutilement expérimenté tous les moyens réputés les plus efficaces pour combattre l'hystérie, on peut recourir à la simulation d'une laparotomie. » (Compte-rendu, Analyse, Séglas, *Archives de Neurologie*, 1898, novembre.)

Des 117 observations, que leur a fournies l'enquête internationale, Angelucci et Pierraccini concluent par un rejet de l'intervention chirurgicale en psychiatrie.

Nous avons montré l'importance de la question en Amérique, en Belgique, en Italie; nous avons vu comment les aliénistes étrangers l'avaient résolue. Voyons maintenant quelle solution lui ont fournie les aliénistes et les chirurgiens français.

La discussion des psychoses post-opératoires à la Société de chirurgie, en 1898, avait soulevé la question du rôle de la chirurgie dans le traitement de la folie. Mais la question fut à peine effleurée; les observations furent rares, et, fait capital, à toutes il manqua la griffe de l'aliénation mentale.

M. Gérard-Marchant a dit à M. Picqué n'avoir jamais observé de fait qui puisse lui faire admettre la guérison des psychoses par une opération chirurgicale.

M. Potherat relate deux cas de prolapsus avec troubles intellectuels, où il a constaté une amélioration passagère et une rechute; il ajoute deux autres cas où le résultat fut nul au point de vue mental. Il termine par un cas de guérison chez une femme, à qui fut pratiquée l'ablation du sein pour une tumeur, et qui, pendant dix ans, ne présenta aucun trouble psychique. Et M. Potherat conclut à la chirurgie d'urgence en aliénation.

M. Bouilly relate un cas de folie, dont l'évolution a été parallèle à celle d'une affection des annexes et où le résultat de l'opération a été nul, au point de vue mental.

En vérité, ce qui manque à toutes ces observations, c'est la griffe de l'aliénation mentale.

Au 6^e congrès des médecins aliénistes de France, à Bordeaux, en 1896, M. Piéchaud, chirurgien de l'asile des aliénés de Bordeaux, communique au Congrès deux cas de guérison, l'un de manie chronique après l'ablation d'une tumeur du sein, l'autre, de mélancolie anxieuse après un curettage et une amputation du col, nécessités par une endométrite.

A la Société de médecine légale, le 10 septembre 1898, M. Charpentier attribue la disparition de troubles psychiques à l'application d'un pessaire de Dumontpallier pour un léger prolapsus.

Dans sa thèse inaugurale, en 1895, à Montpellier, M. Cossa relate des faits cliniques, où l'aliénation fut guérie par l'intervention chirurgicale.

En 1898, M. Siredey, dans la *Gazette hebdomadaire*, et son élève, M. Soulèyre, dans sa thèse inaugurale, ont étudié les rapports de la neurasthénie et des affections de la sphère génitale.

Enfin, M. le docteur Picqué fait à la Société de chirurgie, le 29 mars 1899, sa grande communication sur le rôle de l'intervention chirurgicale, et en particulier des opérations gynécologiques, dans certaines formes d'aliénation mentale.

Notre thèse porte sur le même sujet. Nos observations sont les mêmes. Elles ont été recueillies, sous la direction de MM. Picqué et Febvre. C'est sous leur

inspiration que nous avons eu l'idée de ce modeste travail.

D'ailleurs, nous ne saurions trop le dire, il n'y a personne qui se soit occupé plus que MM. Picqué et Febvré, de la question, si importante de la chirurgie des aliénés.

Ce n'est pas au Congrès de Montréal, le 31 août 1897, que fut posée, pour la première fois, la question du rôle de l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'aliénation mentale. En 1892, dans son rapport sur le service chirurgical des Asiles de la Seine, nous voyons cette question, posée très nettement par M. le docteur Picqué. C'est donc par un sentiment de modestie, qui l'honore, que notre vénéré maître a paru, dans sa communication de 1899, ignorer son rapport de 1892, où l'on trouve formulée pour la première fois la question du rôle de l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'aliénation.

Cette même année, 1892, il apportait aussi à la Société médico-psychologique un travail en collaboration avec M. le docteur Febvré. Citons à ce propos l'observation d'un délire polymorphe greffé sur un fond de débilité mentale, lequel délire fut amélioré par une intervention pour un kyste et un fibrome utérin.

Mais l'année féconde en travaux de M. Picqué sur le sujet qui nous occupe, a, sans conteste, été l'année 1898. En mars, c'était sa grande communication sur

les psychoses post-opératoires en collaboration avec M. le docteur Briand (de Villejuif). Cette communication provoquait à la Société de chirurgie une discussion très intéressante.

Et puis, c'est le Congrès d'Angers où M. Picqué prend une part si active. Il tente en vain de provoquer la discussion sur un point qu'il élucidera dans le *Bulletin médical*, le 14 septembre 1898 : Que doit-on entendre par psychose post-opératoire ?

Au Bulletin médical encore, il discute au point de vue médico-légal l'intervention chez les aliénés.

Plus tard, à la Société médico-psychologique, en sa séance du 26 décembre 1898, M. le Dr Febvère donne lecture d'une observation, recueillie en collaboration avec M. le Dr Picqué : c'est l'observation d'un cas de mélancolie anxieuse, guéri à la suite d'une laparotomie pratiquée pour un fibrome utérin.

« Le terme de folie sympathique ou délire sympathique a été, dit M. Febvère, abandonné par la plupart des médecins aliénistes ; il évoque l'idée vague de retentissement à distance de certains organes les uns sur les autres ; mais il consacre en revanche l'importance des causes physiques dans la genèse du délire ».

M. Picqué *était venu*, en 1898, au congrès d'Angers, soutenir et défendre des idées sur la question des psychoses post-opératoires. Il venait, en 1899, au congrès de Marseille apporter le fruit de ses ob-

servations, sur le rôle de l'intervention gynécologique dans les services de femmes aliénées, toujours avec son collaborateur, M. le Dr Febvre.

De grands travaux vont paraître encore et bientôt sur la chirurgie des aliénés.

Terminons ce court historique, en rappelant les deux récentes et magistrales leçons de M. le professeur Duplay sur « la folie post-opératoire » et de M. le professeur Berger sur « les opérations chez les aliénés ».

PSYCHOSES POST-OPÉRATOIRES

Sous le nom de psychoses post-opératoires, il faut entendre les troubles de l'idéation, consécutifs aux opérations chirurgicales et résultant du traumatisme opératoire, abstraction faite de l'intoxication par les anesthésiques et les antiseptiques d'une part, et de l'infection d'autre part.

Une psychose post-opératoire est un ensemble de troubles psychiques affectant les trois facultés, sensibilité, intelligence et volonté, troubles psychiques offrant un rapport de causalité avec une opération chirurgicale, à laquelle ils sont consécutifs.

Il faut absolument distinguer les psychoses post-opératoires du délire infectieux de la septicémie.

Le délire de la septicémie n'est pas une maladie mentale autonome : il est, comme le délire fébrile ou comme le délire pneumonique, un symptôme accessoire, un élément symptomatique additionnel, un épiphénomène.

Il est constitué par un ensemble de troubles psy-

chiques, essentiellement passagers, non permanents, causés par une infection généralisée de l'économie, infection que révèlent les grands signes de la septicémie, qui sont pathognomoniques, comme la température par exemple.

Ici, la maladie, c'est la septicémie ; le délire est l'un des symptômes de cette maladie, mais il n'est qu'un symptôme.

La psychose post-opératoire est une maladie mentale autonome, et non pas un symptôme. Elle est constituée par un ensemble de troubles psychiques, essentiellement permanents, qui, seuls, absolument seuls et sans aucun trouble psychique, quel qu'il soit, avec une intégrité complète de tous les appareils et l'heureuse harmonie de toutes les fonctions de l'économie, peuvent par eux-mêmes constituer une maladie purement mentale, et à laquelle on cherche en vain un substratum physique au moyen d'un examen minutieux de l'état général. Ici, pas de température ; rien au cœur, au poumon ni aux autres organes : il n'y a que des troubles de l'idéation, dans le tableau clinique.

Ainsi, nette et tranchée, nous apparaît la distinction du délire septicémique et des psychoses post-opératoires. Ils diffèrent autant l'un de l'autre que le délire d'un pneumonique ou d'un typhoïdique diffère de la manie ou de la mélancolie aiguës. L'observation respective et la comparaison nous offrent un

contraste aussi frappant qu'entre un délire urémique et un délire chronique de persécution. Le délire septicémique, comme les délires pneumoniques typhoïdique, urémiques, est un délire d'hôpital ; les psychoses post-opératoires, au contraire, sont des maladies mentales, spéciales aux asiles d'aliénés. Seule, l'erreur grossière du diagnostic peut faire franchir les murs de l'asile au malheureux septicémique, comme au malheureux pneumonique, comme au malheureux typhoïdique, qui ne doivent pas quitter l'hôpital.

Qu'est-ce donc que toutes ces nombreuses observations de psychoses post-opératoires ? En général, les chirurgiens ont opéré des aliénés, sans aucun doute. Ils ont découvert un peu tard un délire antérieur à l'opération même. Ainsi se sont multipliés les cas de folies post-opératoires. Et peut-être une seule aliénée fut-elle le sujet de plusieurs observations. Qui ne connaît ces dégénérées, ces hypochondriaques et ces hystériques courant de chirurgien en chirurgien, jusqu'à ce qu'elles aient rencontré l'opérateur ardemment désiré, qui met un terme à leurs maux ?

Longtemps elles ont cherché ; mais un jour elles ont enfin trouvé le sauveur attendu. L'opération faite, on s'est aperçu que l'opérée délirait : « C'est une psychose post-opératoire, a-t-on dit ». C'était tout simplement une exacerbation de l'état mental habituel. Et puis souvent la délirante a été soumise à l'examen

d'un aliéniste, qui n'a vu là qu'une psychose ayant pour cause occasionnelle une opération chirurgicale. Un autre aliéniste a pu dire : « C'est un délire de dégénérescence ». Un autre encore a dit : « Cette malade est aliénée de longue date ; il y a longtemps qu'elle est entre les mains des chirurgiens ; ses journées sont consacrées à des consultations ; son temps se passe dans les salons des chirurgiens ; voici la liste de tous ceux qu'elle a consultés ». De là jaillit la discussion. Mais il subsiste une magnifique observation de *psychose post-opératoire*.

Les psychoses post-opératoires existent, et le fait est incontestable : un homme absolument normal au point de vue psychique et n'ayant jamais présenté le moindre trouble intellectuel, est opéré sous chloroforme, et se réveille aliéné ; ce n'est pas un délire passager, transitoire ; il n'y a pas trace d'infection ; l'idée de la septicémie ne doit même pas surgir à l'esprit du clinicien ; ce n'est pas non plus l'iodoforme qu'on peut incriminer ; reste encore à éliminer le chloroforme, et l'on peut accuser l'opération d'avoir provoqué l'éclosion de la maladie mentale autonome et permanente qui nécessitera l'admission de l'opéré dans un asile d'aliénés. Supposons, par exemple, un jeune soldat, sain d'esprit, paraissant tout à fait normal au point de vue psychique et très bien pondéré : ce jeune militaire est atteint d'un varicocèle ; on lui fait une cure radicale de varicocèle, sans chloro-

forme ; après l'opération, l'état général est excellent, la température est normale, et le résultat opératoire est parfait ; mais ce jeune soldat présente des troubles intellectuels aussitôt après l'intervention ; il reste aliéné ; deux mois après sa cure radicale de varicocèle il est envoyé dans un asile d'aliénés par le chirurgien militaire avec le diagnostic de « psychose post-opératoire » et le médecin aliéniste est obligé de s'incliner devant ce diagnostic étiologique incontestable ; il transformera l'étiquette « psychose post-opératoire » en cette autre « délire de dégénérescence », oui, mais le fait brutal, évident, c'est que ce jeune homme, qui jouissait d'un état mental apparemment parfait jusqu'au jour de sa cure radicale de varicocèle, eh bien ! ce jeune soldat jouissait de toutes ses facultés, le matin même de l'opération, et, le soir, il délirait, comme il a toujours déliré depuis ; certes on peut à bon droit rendre entièrement responsable de cet accès de folie l'opération de cure radicale de varicocèle, et l'on peut dire : Voici une psychose post-opératoire. En effet, ce n'est pas un délire septicémique, un délire infectieux, car il n'y a pas eu la moindre infection ; ce n'est pas non plus un délire d'intoxication par les antiseptiques, car un délire toxique est essentiellement passager, transitoire et, dans le cas présent, le médicament à usage externe n'aurait pas eu le temps d'agir ; on ne peut, cette fois, faire appel au chloroforme afin d'expliquer la genèse de ces troubles

de l'idéation ; l'opération doit être, seule, incriminée. La psychose post-opératoire est incontestable. Il y aura cependant des aliénistes qui tenteront une discussion de l'existence de ces psychoses post-opératoires : ils en feront des délires de dégénérescence, purs et simples ; ils allégueront que des dégénérés délirent à l'occasion d'une opération chirurgicale aussi bien qu'à l'occasion d'un malheur, ruine, incendie, perte de parents, qui font éclore un délire dans un terrain tout préparé, chez un dégénéré prédisposé. Là, n'est pas la question. L'accès de manie ou plutôt de mélancolie, qui éclate après une opération chirurgicale, est une psychose post-opératoire. Après avoir solidement établi ce premier point, sur lequel tout le monde est d'accord, il reste à étudier le mécanisme de l'action exercée par la cause, ici, l'opération sur l'effet qui est la psychose, en un mot il faut étudier la pathogénie de ces psychoses.

PATHOGÉNIE DES PSYCHOSES POST-OPÉRATOIRES

Les causes, invoquées pour les psychoses post-opératoires, sont :

- 1° l'infection ;
- 2° l'anesthésie ;
- 3° le shock opératoire ;
- 4° l'alcoolisme ;
- 5° la modification d'une sécrétion interne par la suppression d'un organe, au moyen d'une opération ;
- 6° l'auto-intoxication.

Or, nous avons suffisamment différencié le délire de la septicémie, pour éliminer l'infection d'emblée : l'infection détermine un délire septicémique, qui n'a rien de commun avec la psychose post-opératoire, et nous avons suffisamment insisté sur ce sujet. Nous en dirons tout autant de l'anesthésie : comme l'infection, elle détermine un délire spécial, un délire toxique, et non des psychoses post-opératoires ; aussi

sera-t-elle impitoyablement rayée des causes de ces dernières.

Arrivons maintenant à la question du shock opératoire. Et d'abord, qu'est-ce donc que le shock opératoire ? Une action réflexe ; une action nerveuse réflexe ; un choc, un ébranlement du système nerveux central, ayant pour point de départ, pour cause, pour origine l'opération, la douleur, le choc physique, le traumatisme opératoire, la section des organes par le bistouri du chirurgien. Voilà ce qu'on appelle le shock opératoire. Il faut avouer que ce n'est pas très clair, et même que la conception du shok opératoire est encore un peu obscure, en dépit des progrès de la physiologie. De plus, ce shock opératoire, Ambroise Paré aurait pu l'invoquer ; mais aujourd'hui le chloroforme a supprimé la douleur et le shock opératoire : aujourd'hui le malade s'endort, et se réveille sans avoir rien senti, sans avoir souffert, et le bien-être est l'impression du réveil.

Ni l'infection, ni l'anesthésie, ni le shock opératoires ne peuvent expliquer la pathogénie des psychoses post-opératoires. Est-il permis de faire appel à l'alcoolisme ? Assurément non. D'abord un grand nombre d'observations concernent des opérés, chez lesquels l'alcool ne peut être incriminé : des sujets, qui n'ont jamais bu que de l'eau, ont présenté des troubles intellectuels à la suite d'une opération chirurgicale. Et puis, l'alcoolisme, en pathologie men-

tale, est caractérisé cliniquement par un ensemble de signes pathognomoniques, insomnie, cauchemars, hallucinations visuelles terrifiantes et zoopsiques, avec tremblement généralisé spécial. Or, un délire alcoolique aigu, éclatant chez un opéré, c'est d'un diagnostic assez facile. Est-ce ce que nous constatons dans les nombreuses observations de psychoses post-opératoires ? Où lisons-nous, pour ainsi dire entre les lignes, un diagnostic d'alcoolisme aigu ?

L'alcoolisme est à rayer des causes invoquées pour expliquer les psychoses post-opératoires.

Et les antiseptiques ?

Comme les anesthésiques, ils sont des poisons capables d'engendrer un délire toxique, essentiellement transitoire et passager, mais jamais une psychose.

Après avoir éliminé l'infection et l'intoxication par les antiseptiques et les anesthésiques, à quels autres facteurs pathogènes allons-nous faire appel ?

Les auto-intoxications sont à l'ordre du jour, et les gigantesques travaux de M. le professeur Bouchard retentissent en aliénation : MM. Régis et Chevalier-Lavaure accordent à l'auto-intoxication une large place dans l'étiologie des psychoses post-opératoires, et puerpérales, de la folie de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives, de l'influenza, des polynévrites, de l'érysipèle et du choléra. M. G. Ballet signale l'hypertoxité des urines dans deux cas de

confusion mentale, puerpérale et consécutive à des excès de fatigues physiques.

Les travaux de Brown Séquard sur la sécrétion des glandes et son grand principe que « toutes les glandes, pourvues ou non de conduits excréteurs donnent au sang des principes utiles dont l'absence se fait sentir après leur extirpation ou leur destruction par la maladie », toutes ces théories trouvent un écho dans l'aliénation mentale, Mainzer, Mond, Chrobak, Muret, Jayle, Lissac et Curatulo cherchent si les ovaires ne produisent pas une sécrétion interne capable de détruire dans l'organisme certains principes nuisibles, et si l'administration de pulpe d'ovaire, ou de de suc ovarien, ovarixe, par la voie hypodermique ou la voie buccale, n'est pas capable de remédier aux troubles résultant de l'ovariotomie, troubles à comparer avec ceux de la ménopause. En ce moment, nous voici plongés dans l'opothérapie.

Mais nous nous écartons de la question des psychoses post-opératoires.

En effet, ces dernières sont loin d'être l'apanage exclusif de la gynécologie; mais la chirurgie tout entière a le droit de les revendiquer. La cure radicale de varicocèle ou d'hydrocèle ou de hernie, comme une amputation de cuisse occupent un rang très honorable dans la hiérarchie étiologique des folies post-opératoires. On ne peut donc invoquer ces théories des auto-intoxications comme des sécrétions internes,

afin d'expliquer la pathogénie des psychoses post-opératoires, et ces théories de M. le professeur Bouchard et de Brown-Sequard, si elles sont des hypothèses gigantesques et séduisantes, en revanche, elles ne sont que des hypothèses.

Les psychoses post-opératoires sont rares, exceptionnelles. Elles ne peuvent éclore que sur un terrain ensemencé : leur condition nécessaire est la prédisposition. Seuls, les prédisposés sont capables de présenter des troubles psychiques à la suite d'une opération chirurgicale. Il reste à déterminer la cause occasionnelle, à rechercher l'étincelle qui fait éclater le délire, à établir la responsabilité des divers facteurs de l'opération. Nous avons démontré qu'on ne pouvait incriminer ni l'infection, ni l'anesthésie, ni l'antisepsie, ni l'auto-intoxication, ni la modification, la suppression d'une sécrétion interne, ni l'alcoolisme, ni la cachexie de l'opéré. Pour nous, l'agent pathogène est l'appréhension : la crainte et la peur ont la responsabilité pleine et entière de la genèse des troubles psychiques consécutifs à une opération. C'est l'opinion de Dent, de Krafft Ebing. A la préoccupation, M. le professeur Joffroy fait jouer un rôle important : « Cette préoccupation deviendra rapidement, chez certains malades, une véritable idée fixe qui absorbera à son profit toute l'attention, captivera toute la pensée et remplira complètement de son objet la capacité de l'esprit. Tout d'abord il y aura cette phase dans

laquelle l'opération est redoutée, mais non encore décidée, et alors, le malade est anxieux sur la décision qui sera prise. Dans la phase suivante, l'opération est décidée et le malade est envahi par la peur du chloroforme, de la douleur, des hémorrhagies, de la mort, et cette nouvelle préoccupation, qu'il trouve de plus en plus justifiée, s'étend encore davantage et envahit tout le champ de la conscience. »

La cause des psychoses post-opératoires est l'appréhension, la crainte ou la peur de l'opération. C'est un trouble profond de la sensibilité psychique, un sentiment de terreur pour l'acte chirurgical. Une émotion violente, intense, envahit, puis remplit la vie mentale du futur opéré ; ses facultés sont ébranlées, bouleversées par cette tourmente ; il est épouvanté par la pensée du traumatisme opératoire ; il ne délire pas encore, aujourd'hui, veille de l'opération ; mais il délirera demain, quand cette dernière aura diminué la résistance de l'organisme, amoindri le sujet, transformé brusquement par l'acte chirurgical en infirme provisoire, en malade alité, tout à fait impotent.

Voilà la vraie, la seule cause des psychoses post-opératoires, et voilà comment elles se développent.

Elles ne frappent pas un opéré quelconque ; elles ne frappent que des dégénérés. Car encore ont-elles à faire un choix parmi ceux-ci. Tous les dégénérés ne sont pas susceptibles de délirer, pour une opération chirurgicale, et, seuls, les sensitifs, émotifs, en

sont capables. Il n'y a qu'une catégorie de dégénérés, chez lesquels on ait quelque chance de rencontrer des psychoses post-opératoires, et cette catégorie, c'est celle des émotifs. Ils présentent une altération spéciale et profonde de la sensibilité psychique ; ils ont une sensibilité tout à fait exagérée ; chez eux, les émotions font rage ; un rien les fait tressaillir ; un rien les fait vibrer. Ainsi l'exagération de la sensibilité, trouble fondamental, un sentiment de terreur ou de crainte, et l'appréhension nous fournissent une explication logique et rationnelle de la pathogénie des psychoses post-opératoires.

Elles sont l'apanage des dégénérés psychiques, émotifs. Aussi pouvons-nous dire qu'elles sont rares, exceptionnelles, dans la pratique chirurgicale, et qu'elles ne sont que de rares accidents. Chez les sujets normaux, robustes et bien constitués, le chirurgien n'a jamais à déplorer de tels accidents. Chez les dégénérés, qui ne sont pas des émotifs, on ne voit pas non plus de psychoses post-opératoires. On n'en voit pas davantage chez les aliénés convalescents, qu'on opère. Et, s'il y a des facultés fragiles, il faut avouer que c'est bien dans le cerveau d'un mélancolique qui se réveille à peine, ou dans celui d'un maniaque, qui commence à se calmer. C'est là notre argument capital.

Loin d'enrayer la convalescence des aliénés, l'opération chirurgicale, indiquée, l'accélère, et, loin

d'aggraver le pronostic des formes cliniques de l'aliénation, l'opération chirurgicale, indiquée, le favorise, ce pronostic.

En effet, chez les aliénées, opérées par M. le Dr Picqué à Ville-Evrard, on ne note aucune aggravation de l'état mental ; on ne note aucune rechute chez les convalescentes ; on ne voit que des améliorations plus ou moins notables ; à peine a-t-on constaté des états stationnaires après l'intervention. Si les psychoses post-opératoires étaient fréquentes, il faut avouer que les opérées de M. Picqué présentaient un terrain bien ensemencé, bien préparé pour l'éclosion de ces psychoses. Elles étaient, ces opérées de magnifiques prédisposées. Des tares héréditaires écrasantes ne valent point la convalescence de vésanies, comme prédisposition. Bien plus, elles vaudraient encore moins les vésanies, si les psychoses post-opératoires existaient *stricto sensu*, si l'appréhension de l'opération n'était la cause essentielle de ces troubles psychiques, consécutifs à l'intervention.

Nous pouvons dire que l'opération chirurgicale, en elle-même, envisagée au point de vue de l'anesthésie, de l'antisepsie, du traumatisme opératoire, est impuissante à provoquer l'éclosion d'une psychose chez des sujets normaux comme chez des sujets prédisposés ; que, seule, l'appréhension, la crainte ou la terreur de cette opération est capable de faire éclater un accès d'aliénation, chez les dégénérés, névro-

pathes, émotifs ; et que l'opération chirurgicale est contre-indiquée seulement chez ces émotifs, et nullement contre-indiquée chez les dégénérés, qui ne sont pas des émotifs.

Il s'ensuit que l'examen de la sensibilité psychique devrait être pratiqué par le médecin aliéniste, avant l'intervention. Si cet examen ne révèle aucun trouble, aucune exagération de la sensibilité psychique, il laisse la voie libre au chirurgien. Les mêmes dispositions, les mêmes règles et les mêmes conclusions sont applicables aux aliénés.

Le chirurgien, peut donc, à bon droit, pratiquer les opérations chirurgicales, indiquées, chez les aliénés comme chez les dégénérés prédisposés ; mais à la condition formelle, et *sine qua non*, que le médecin aliéniste, ait, au préalable, examiné la sensibilité psychique, en même temps que les autres facultés, de l'aliéné comme du dégénéré.

C'est surtout chez les aliénés que cet examen psychique a de l'importance. Il n'est pas absolument obligatoire chez les dégénérés, prédisposés, qui, le plus souvent, vivent en liberté, tout à fait ignorés, méconnus. Sans doute, il n'en vaudrait que mieux qu'il fût pratiqué. S'il l'était, peut-être aurait-on moins enregistré d'observations de psychoses post-opératoires. En tout cas, nous devons admettre qu'il est le plus souvent impossible, impraticable, chez les dégénérés.

Mais il s'impose absolument chez les aliénés, cet examen psychique, et, chez les vésaniques, aucune opération ne doit être pratiquée par le chirurgien, sans que le médecin aliéniste ait reconnu l'état des facultés, de la sensibilité en particulier, sans que le médecin aliéniste ait, pour ainsi dire, « ouvert la voie libre au chirurgien », délivré comme « un permis d'opérer ».

Ainsi nous apparaît une chirurgie spéciale des aliénés, chirurgie qui nécessite, de la part du chirurgien, le concours et la collaboration du médecin aliéniste, et, à défaut, des connaissances spéciales, une habitude, une éducation des aliénés. Le mieux, l'idéal assurément, c'est à la fois la collaboration, l'assistance du médecin aliéniste, et la pratique de la clinique des maladies mentales, pour le chirurgien. Ce dernier s'il connaît les aliénés, d'une part, et si, d'autre part, il est éclairé par le médecin aliéniste, assurément il peut, en toute sécurité, sûrement, à coup sûr, opérer les aliénés, sans craindre une rechute dans la convalescence ou une aggravation de l'état mental de ces malades.

DU ROLE DE LA CHIRURGIE,
DE LA GYNÉCOLOGIE EN PARTICULIER
DANS LE
TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE

La psychiatrie n'est qu'une branche de la médecine, et, comme le disait Lasègue « toute branche séparée du tronc est destinée à périr ».

On l'a peut-être oublié quelquefois. Voilà pourquoi la psychiatrie se meurt en France, ce berceau de l'aliénation, patrie de Pinel et d'Esquirol.

Un aliéné n'est qu'un malade, et c'est un malade comme tous les autres malades. Il doit être l'objet d'un examen minutieux, complet, tant au point de vue physique qu'au point de vue psychique, et tous les appareils, tous les organes doivent être explorés, comme en clinique générale. La méthode de cette dernière est la méthode de la clinique des maladies mentales. Autrement, pas de séméiologie sûre, et pas de thérapeutique efficace. Un examen psychique est insuffisant ; l'examen physique est son complément

nécessaire. Après la constatation d'un état d'excitation ou de dépression des facultés avec idées de satisfaction, de grandeur ou de culpabilité, de ruine et damnation, quand le diagnostic de manie aiguë ou mélancolie anxieuse est apparu net, évident, la tâche de l'aliéniste est loin d'être remplie ; là ne se borne point son rôle. Il lui faut ausculter le cœur et le poumon, palper, percuter le foie, la rate, explorer tous les organes et scruter soigneusement tous les appareils. Il lui faut s'assurer des diverses fonctions. L'analyse des urines est obligatoire : elle doit être absolument complète.

L'albumine, la glucose, l'urée, les phosphates, les chlorures sont recherchés, dosés ; les pigments biliaires et l'urobiline sont activement recherchés. Capitale est l'importance du foie, du reins : le fonctionnement de ces deux grands organes exprime et traduit l'ensemble des phénomènes biologiques, dont l'organisme est le laboratoire. Ainsi l'économie révèle ses secrets. Une cirrhose, une néphrite, une dégénérescence graisseuse ou amyloïde ne peuvent passer inaperçues. La vie de la cellule hépatique n'a plus de mystères. Est-ce tout maintenant ? L'aliéniste est-il à bon droit satisfait ? Clinicien, anatomo-pathologiste, histologiste, bactériologiste et chimiste, un médecin tel, est complet. Jusqu'ici l'aliéné a été l'objet d'un examen minutieux, qui ne laisse rien à désirer, au point de vue de la clinique spéciale des

maladies mentales et de la clinique interne. Encéphale, moëlle et nerfs, cœur, artères, poumons, estomac, intestin, rate, foie, reins, tous ces organes ont été successivement passés en revue. La tâche de l'aliéniste est pourtant encore inachevée. Considérer l'aliéné comme un malade d'une salle de médecine est beaucoup ; mais ce n'est pas tout. Le mélancolique est plus exigeant que le tuberculeux. Tout au moins est-il aussi exigeant. Reste encore à pratiquer l'examen chirurgical, et la clinique externe, à satisfaire, à son tour. Alors seulement finira le rôle de l'aliéniste au point de vue séméiologique. Hernie, varicocèle, hydrocèle, lipôme, fibrome, kyste, cancer, rien ne doit être négligé. Les moindres affections externes doivent être mises en pleine lumière : un phimosis, un orteil en marteau, un pied plat doivent être soigneusement notés.

Il serait peut-être excessif, exagéré, de dire qu'un hallux valgus a quelque action, quelque influence sur un état mental quelconque.

Et nous choisissons l'hallux valgus, à dessein.

Mais en est-il de même d'un cancer de l'utérus ou d'un fibrome ou d'une simple métrite hémorrhagique ? On ne saurait nier l'action dépressive des maladies des voies urinaires sur un cerveau, plus ou moins anormal et déséquilibré. Souvent, chez les nerveux, les névropathes, une blennorrhagie détermine une véritable mélancolie. Les rétrécissements de l'urèthre

ont une influence incontestable, incontestée, sur l'état mental des malades. Ils déterminent insomnie, craintes, terreurs, idées hypochondriaques, obsessions, phobies. Les fissures à l'anus ont une action, bien connue. Ce n'est pas seulement la dépression mélancolique qu'engendrent ces maladies chirurgicales. Les malades sont souvent en proie à des conceptions délirantes, à des idées de culpabilité, d'humilité, de damnation. Les idées de suicide en sont des conséquences, souvent désastreuses. Elles sont un appel à la délivrance de tortures, de maux, de douleurs, où la sensibilité morbide, exagérée, troublée, vient amplifier les sensations, et attribuer à leur degré d'intensité un coefficient élevé.

Chez la femme, il existe d'étroits rapports entre l'aliénation mentale et la gynécologie.

Qui ne connaît l'irritabilité, l'irascibilité, l'impressionnabilité, les modifications du caractère de la femme, au moment des règles ? Les affections de l'utérus et des annexes exercent une action marquée sur l'état mental. Il y a là, d'abord une action réflexe, et puis une action, non pas réflexe, mais exclusivement psychique, uniquement cérébrale, et plus ou moins consciente. Comment expliquer les rapports entre la sphère génitale et la zone psychique du lobe frontal, chez la femme ? En vérité, ces rapports existent ; ils sont incontestables : on constate, depuis longtemps l'action marquée de l'utérus et des

annexes, sur la vie mentale. Il y a là, certes, un mécanisme extrêmement complexe, un ensemble d'actes réflexes, un ensemble de sensations multiples, une élaboration cérébrale inconsciente, et la sensibilité psychique est un puissant agent dans ce complexe mécanisme; où tous les phénomènes psychiques aussi bien qu'organiques, ici sont intimement liés les uns aux autres par des rapports de causalité. Mais les limites de notre travail et le plan, que nous nous sommes tracé, nous empêchent de tenter une explication, de débrouiller ce complexus et de rechercher d'apprécier la part qui revient à chacun des facteurs.

Il nous suffit de constater un fait et de l'enregistrer. Nos observations semblent montrer que les troubles et lésions de la sphère génitale de la femme exercent une influence, ont une action marquée, retentissent sur la zone psychique du lobe frontal. Un rapport existe entre les troubles psychiques et les troubles de la sphère génitale de la femme. Est-ce un rapport de causalité ? Les faits, par nous enregistrés, semblent montrer que la suppression des troubles et lésions de la sphère génitale a déterminé la suppression des troubles psychiques. Au moins ces derniers sont-ils atténués. Rarement nous avons constaté leur état stationnaire, et jamais nous n'avons constaté leur aggravation. Généralement nous avons constaté le parallélisme de l'amélioration de l'état mental et de

l'amélioration de l'état physique, après les interventions gynécologiques.

Au début de notre modeste travail, dans notre introduction, nous avons écarté systématiquement les hystériques, et nous avons dit que le diagnostic confirmé d'hystérie constituait une contre-indication de l'intervention gynécologique. Et nous avons ajouté que les statistiques étrangères étaient si peu favorables à l'intervention chez les aliénés, parce que les aliénistes et les chirurgiens étrangers avaient opéré des hystériques, au lieu d'opérer des aliénées. Nous ne saurions trop affirmer ce principe. En effet, les hystériques, qui ne sont pas d'ailleurs des aliénées, les hystériques ont un état mental spécial, et le résultat de toute intervention gynécologique, au point de vue mental, est déplorable. L'opération devient un fait important de la vie de l'hystérique, et ce fait important, l'hystérique le grossit, l'amplifie, le modifie, le transfigure. Il devient une idée fixe ; il obsède la malade ; il donne une teinte variable au délire ; il occupe toute la vie psychique de la malade ; il détermine illusions sensorielles, sensations fausses, interprétations délirantes ; il détermine un ensemble de conceptions délirantes. Après l'opération chez l'hystérique, on constate une aggravation de l'état mental, une exacerbation du délire ou l'apparition de ce dernier, s'il n'existait pas auparavant.

L'hystérie constitue donc une contre-indication de l'intervention chirurgicale.

Il y a toute une catégorie d'aliénés, chez lesquels l'intervention chirurgicale est aussi contre-indiquée : Ce sont les persécutés, dégénérés persécutés-persécuteurs et délirants chroniques. En raison de leur état mental et de leurs idées de persécution, idées fixes, systématiques, une opération ne fait qu'aggraver leur délire de persécution ; sous l'action de l'opération, l'idée délirante de persécution grossit, se développe et s'étend. Le persécuté poursuit le chirurgien, l'accusant de lui avoir causé un préjudice grave, de l'avoir mutilé, d'avoir fait de lui un infirme. Il n'y a pas de malades, aussi terribles, aussi dangereux que les persécutés. Malheur au chirurgien qui touche à ces sinistres aliénés ! si la séquestration ne met pas un rempart ou tout au moins un mur entre l'opérateur et l'opéré, le dénouement du drame est souvent tragique, et, si le premier acte du drame a été l'opération chirurgicale, le dernier acte est peut-être l'assassinat du soi-disant bourreau par sa victime imaginaire.

Etant donné qu'on ne peut qu'aggraver la psychose ou maladie mentale, ou délire du persécuté par l'intervention, ce serait téméraire, pour le chirurgien, d'exposer sa tranquillité, sa vie même, et la meilleure conduite est l'abstention, dans l'intérêt de l'opérateur et de l'opéré.

Pour MM. Picqué et Febvré, l'intervention chirurgicale est contre-indiquée chez les hystériques et les

persécutés, persécutés-persécuteurs ou délirants chroniques.

Elle est indiquée, chez toutes les autres catégories de malades aliénés. C'est dans ces diverses catégories que se sont trouvées les malades, dont l'état physique a nécessité l'intervention gynécologique. Elles ont été opérées pour améliorer cet état physique, et non pour améliorer leur état mental. Ce n'est qu'après l'intervention que nous avons constaté avec étonnement des modifications importantes de cet état mental.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mélancolie chronique. Endométrite cervicale. Amputation du col. Guérison.

M^{me} R..., Pauline, âgée de 42 ans, couturière, entre dans le service du D^r Febvre, à l'asile de Ville-Evrard, le 8 avril 1898, avec le diagnostic suivant : « lypémanie chronique, délire, hallucinations génitales très intenses — on lui brûle, on lui arrache la matrice —, et très pénibles, entraînant un état d'irritabilité avec tendances dangereuses.

Antécédents héréditaires. — Père, mort de variole hémorragique à soixante-et-onze ans ; mère rhumatisante morte à soixante-quinze ans : pas d'antécédents névropathiques.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à vingt-et-un ans. Réglée à treize ans, et dès lors régulièrement. Trois accouchements normaux spontanés, sans accidents, le derniers, il y a dix ans.

La malade se plaignant de douleurs abdominales, de

leucorrhée, on l'examine, au point de vue génital. Examen gynécologique : Rien dans les annexes ; lèvre antérieure du col volumineuse ; lèvre postérieure ulcérée ; prolapsus utérin accompagné de rectocèle et de cystocèle légers : hystérométrie : 7 centimètres et demi.

En août 1898, la malade est toujours dans le même état mental. Elle reste sous l'influence d'un délire hallucinatoire très intense : elle est en proie à des hallucinations de la sensibilité générale, à des hallucinations de la sphère génitale en particulier. « Toutes les nuits, l'on vient lui brûler, lui électriser la matrice ; on la lui arrache ». Elle a des idées de persécution très actives. Elle est triste, irritable, irascible. Elle ne veut même pas voir son mari, refuse de répondre aux questions qu'on lui pose ou y répond sur un ton qui traduit son irritabilité ; pour tout, elle oppose une résistance.

C'est dans ces conditions que M. le Dr Picqué lui fait une amputation du col, suivie d'un curettage qui ramène de nombreuses fongosités.

23 décembre 1898 : La malade est très calme, très régulière dans ses actes, elle a conscience de sa situation passée. Un congé de huit jours lui est accordé.

2 janvier 1899 : On prolonge le congé de huit jours. Pendant ce temps, elle a ses règles.

18 janvier 1899 : On délivre le certificat de sortie.

Elle revient fin janvier en visiteuse. L'état mental et l'état général sont excellents.

OBSERVATION II

Débilité mentale, avec délire, excitation maniaque. Endométrite cervicale. Amélioration de l'état mental après l'opération. Guérison du délire.

F..., âgée de 44 ans, sans profession, a été traitée pendant sept mois dans un asile, en 1881, à la suite d'un grave accident survenu à son mari, alors qu'elle nourrissait son premier enfant. En 1896, à la suite de son 2^e accouchement elle est internée, de nouveau, dans un asile, pour débilité mentale avec excitation, idées de persécution, hallucinations de la vue, de l'ouïe, érotisme, mysticisme, appoint alcoolique. Elle est transférée à l'asile de Bégard, d'où elle ne tarde pas à sortir. En juillet 1898, la malade a encore une rechute, à la suite d'un grand chagrin, causé par la maladie grave du dernier enfant qui lui reste. Elle est alors en proie à une excitation maniaque intense, avec idées de persécution, jalousie morbide, désordre dans les actes, hallucinations, illusions. De juillet à septembre, la malade est restée très excitée : elle veut s'évader, dérobe de l'argent et de menus objets à ses voisines. En septembre, apparaissent des idées hypochondriaques, qui se surajoutent au délire. En outre, on constate, chez la malade, de l'amaigrissement, de la pâleur, un état général defectueux.

Antécédents personnels. — Pas de maladie générale infectieuse ; goître peu volumineux.

Réglée à treize ans, la malade a eu trois enfants.

Le premier accouchement a été long, difficile, quoique normal, et depuis, la malade a toujours plus ou moins accusé des douleurs addominales. Mais l'état génital ne s'est aggravé que dans l'année 1898.

Novembre 1898. — Examen gynécologique pratiqué par M. Picqué : l'utérus est en antéflexion légère. Rien d'appréciable dans les annexes. Le col est gros, violacé. Déchirure transversale, à droite.

Le 25 novembre 1898, M. Picqué pratique un curetage, et une amputation du col. Peu de fongosités dans la cavité utérine. 25 décembre 1898. — Etat physique satisfaisant. Les idées hypochondriaques ont disparu. Les autres conceptions délirantes s'effacent peu à peu.

25 février 1899. — Etat général très satisfaisant. Les idées délirantes ont disparu. La malade est calme. Elle travaille avec zèle, avec goût.

5 mars 1899. — L'état général est très satisfaisant : plus de maigreur ; elle a engraisé ; plus de douleurs ; aucun trouble génital. L'état mental est aussi satisfaisant que possible. Il n'y a plus trace de délire ; il n'y a plus d'idées hypochondriaques. La malade se trouve heureuse de ne plus souffrir, et elle attend avec patience sa sortie, qui serait accordée, si le mari — détourné par ailleurs — n'y mettait obstacle. — Elle sort, avec un nouveau certificat, qui établit que le maintien à l'asile n'est plus justifié.

OBSERVATION III

Dégénérescence mentale, avec délire mélancolique. Kyste vaginal. Amélioration, puis guérison après l'opération.

M^{me} P..., âgée de 32 ans, ouvrière en couronnes, entre dans le service du D^r Febvré, à l'asile de Ville-Evrard, avec le certificat suivant : « Est atteinte de dégénérescence mentale, avec délire mélancolique, hallucinations visuelles et auditives terrifiantes, agitation par intervalles, idées de suicide, excès alcooliques ».

Réglée à 12 ans, régulièrement, mais accuse, depuis quelques années, des douleurs au moment de ses règles. 4 accouchements normaux, spontanés, et une fausse couche. Elle a reçu, dit-elle, un coup de pied dans le ventre, pendant sa dernière grossesse.

Examen gynécologique pratiqué par M. Picqué : Pointe de hernie crurale gauche. Kyste vaginal d'origine wolvienne, implanté à droite ; il est translucide, et fait saillie à la vulve ; il a la grosseur d'une noix.

M. le D^r Picqué tente la dissection sans ouverture préalable, mais la paroi cède : il s'écoule un liquide blanc visqueux ; M. Piqué résèque alors aux ciseaux toute la paroi du kyste qui est libre, et il décolle celle qui est adhérente.

12 octobre 1898. — Etat local très satisfaisant. Résultat opératoire excellent. Bon état général. L'amélioration de l'état mental, antérieure à l'opération, continue, progresse, après cette dernière. Avant l'intervention, déjà les troubles psychiques commençaient à se dissiper. Depuis l'opération, l'amélioration s'accroît de jour en jour ; elle s'affirme de plus en plus. La malade entre en convalescence. Elle sort, guérie, le 28 décembre 1898.

OBSERVATION IV.

Dégénérescence mentale, avec excitation maniaque, idées de persécution, de grandeur, de suicide, hallucinations, illusions, impulsions, obsessions. Endométrite cervicales. Amélioration, puis guérison.

M^{me} J. B..., âgée de 34 ans, sans profession, entre à Ville-Evrard, dans le service de M. le D^r Febvré, le 4 juin 1897, et M. le D^r Febvre, rédige, à son entrée, le certificat suivant : « Est atteinte de dégénérescence mentale, avec excitation très vive, idées de persécution, de grandeur, de suicide, hallucinations, illusions, impulsions, obsessions ».

Réglée à 11 ans, et régulièrement jusqu'à son mariage, à 17 ans. Depuis lors, dysménorrhée très nette. Elle a eu 7 enfants, et fait 2 fausses-couches. Des 7 enfants, 4 sont morts, dont 3 de méningite. Le pre-

mier accouchement a été suivi de fièvre ; au dernier, (juillet 1896), elle s'est levée, le deuxième jour.

En avril 1898, la malade est anxieuse ; elle a des fraveurs, des appréhensions ; le moindre bruit détermine, chez elle, un tremblement généralisé ; la malade est brisée ; elle est en proie à des crises paroxystiques de désespoir. Elle se désespère ; elle a des idées de suicide.

A ce moment, en outre, la malade présente un état général défectueux : faiblesse ; tendances à la syncope. Les règles sont toujours très douloureuses. Elles surviennent avec des retards de deux ou trois semaines, et s'accompagnent de métrorrhagies. Plusieurs fois, à ce moment, nausées ; vomissements. M. le Dr Picqué pratique l'examen gynécologique, qui révèle un gros utérus en antéflexion, une ulcération sur la lèvre antérieure du col, et pas de lésions annexielles.

Le 7 septembre, M. Picqué fait un curettage qui ramène beaucoup de fongosités.

L'état mental s'améliore. Les troubles psychiques disparaissent. Les conceptions délirantes s'effacent peu à peu. L'état général est excellent. La malade sort, à la fin d'octobre, en liberté.

OBSERVATION V

Mélancolie anxieuse. — Débilité mentale. — Staphylome cornéen. — Enucléation. — Guérison du délire.

V... Pauline, âgée de trente-huit ans, sans profession, célibataire, entre à Ville-Evrard, le 6 juin 1898, dans le service de M. le Dr Fevré, qui rédige le certificat suivant : « Est atteinte d'affaiblissement intellectuel, avec agitation anxieuse, mobilité, cris, terreurs, insomnie absolue. Prévention de vagabondage. Hémiplégie faciale droite. Embarras gastrique ».

Cette malade est une débile. Elle est très bornée au point de vue intellectuel, et sa sensibilité, sa volonté ne sont pas plus développées que son intelligence. Cependant ce n'est pas une imbécile; loin de là. Ce n'est pas non plus une démente; tant s'en faut! C'est une débile, sur le terrain de débilité de laquelle est venu se greffer un accès de mélancolie anxieuse. Elle est triste, anxieuse, excitée, très hypochondriaque. Pendant le mois de juin 1898, on constate chez elle une altération de sa santé générale. Elle est soumise au repos au lit.

M. Picqué l'examine. Il lui découvre un staphylome cornéen : « cornée encore un peu transparente, et bos-

selée ; vision abolie ; pas de douleurs. » Ophthalmie sympathique, au début.

M. Picqué pratique l'énucléation du globe oculaire, par le procédé classique.

La malade est transférée à la colonie de Dun-sur-Auron, le 26 janvier 1899, avec le certificat suivant : « Délire mélancolique, compliqué d'agitation anxieuse, de mutisme ; est redevenue très active, n'accuse plus aucune douleur, aucune souffrance, aucun vertige, aucune idée délirante, depuis l'ablation de l'œil ; serait toutefois incapable de subvenir aux besoins de son existence. »

OBSERVATION VI

Mélancolie. — Enucléation du globe oculaire. — Convalescence mentale. — Endométrite. — Amélioration de l'état mental et Guérison plus tard.

Miss R..., âgée de trente-cinq ans, institutrice, entre à Ville-Fvrard, dans le service de M. le D^r Febv^ré, le 4 août 1897. A son entrée, M. le D^r Febv^ré rédige le certificat immédiat suivant : « Est atteinte de dépression mélancolique, avec idées de persécution dirigées contre une de ces tantes, qui lui refuse un pardon imploré depuis de nombreuses années ; tentative de suicide par submersion. A déjà été soignée dans un asile d'aliénés ».

Antécédents héréditaires. — Le père s'est tué à quarante-sept ans. — Mère inconnue et mystérieuse, venant voir sa fille, en se présentant comme une tante.

Antécédents personnels. — Rougeole. Migraines. Rhumatisme cérébral. Réglée à dix-neuf ans. Elevée en France, dans un couvent. Institutrice, elle est victime d'un accident de lawn-tennis, où elle perd un œil. Excentricités, abus d'éther et d'alcool. Idées de grandeur ; est internée, cinq mois à Villejuif, en octobre 1895.

En décembre 1896, elle fait une fausse-couche de six mois ; depuis lors, elle accuse des douleurs abdominales et lombaires, elle a des métrorrhagies, de la leucorrhée. A ce moment déjà, douleurs oculaires. Abus d'alcool et d'éther. C'est dans ces circonstances, qu'elle entre, en août 1897, chez M. le Dr Febvry.

En septembre 1897, on constate toujours des idées de suicide.

En octobre 1897, même état mental ; et violentes douleurs oculaires.

En novembre 1897, aggravation de l'état mental.

Le 7 janvier 1898, M. le Dr Picqué pratique l'énucléation du globe oculaire, les douleurs oculaires étant intolérables.

En février 1898, l'état génital est toujours le même. La malade ne veut pas se laisser examiner. La dépression mélancolique est atténuée ; les conceptions délirantes sont un peu effacées.

De février à août 1898, la dépression des facultés reste atténuée légèrement ; mais on constate des exacerbations coïncidant avec les règles. En juillet, vomissements incoërcibles.

En août 1898, M. le D^r Picqué pratique enfin l'examen gynécologique. Voici le résultat de cet examen : l'utérus est gros ; il est en antéflexion légère. Le col est volumineux, et laisse échapper beaucoup de mucus. Rien du côté des annexes.

Le 3 août 1898, M. le D^r Picqué pratique un curetage, et ramène beaucoup de fongosités.

Octobre 1898. — La malade est encore irritable impressionnable. La moindre contrariété, la moindre émotion suffisent pour accentuer la dépression ; mais l'état mental est amélioré.

Novembre 1898. — Cette amélioration progresse. La dépression s'atténue ; les conceptions délirantes disparaissent.

Décembre 1898. — Encore un peu d'irritabilité, d'irascibilité ; quelques accès mélancoliques, provoqués par des causes insuffisantes.

23 décembre 1898. — La dépression mélancolique est de beaucoup diminuée. Plus d'idées délirantes. Plus d'idées de suicide. Plus de tristesse. Etat physique et mental, satisfaisants. La malade sort, et rentre à Paris, chez son ami.

OBSERVATION VII

Mélancolie aiguë. Endométrite cervicale. Amputation du col. Amélioration progressive et guérison.

H..., âgée de 25 ans, employée, entre, le 26 août 1898, dans le service de M. le Dr Febvré, qui rédige le certificat suivant : « Est atteinte de mélancolie aiguë, avec idées hypochondriaques, idées de culpabilité, idées de suicide. Tentative de suicide par précipitation. »

Cette malade est une mélancolique classique ; elle est triste ; elle présente une dépression très marquée des facultés psychiques ; elle est en proie à des idées délirantes, d'ordre essentiellement mélancolique, et, parmi ces conceptions délirantes, on constate, avant tout, des idées hypochondriaques.

Au point de vue gynécologique, comme antécédents personnels, elle fut réglée à quatorze ans, toujours régulièrement, sauf à dix-sept ans, âge auquel elle présenta une courte aménorrhée ; pas d'avortement ; un accouchement, normal et spontané, en 1894 ; voilà tout ce que nous notons comme antécédents personnels.

La malade accuse une leucorrhée continue, et des douleurs abdominales et lombaires.

L'examen révèle à M. le Dr Picqué tous les signes d'une vaginite intense et totale. Le col est gros : la lèvre postérieure est ulcérée. L'utérus est petit, en antéflexion légère et anteversion complète. Il n'existe aucune lésion

notable dans les annexes ; néanmoins l'on perçoit une douleur légère, à la pression. De plus, l'examen physique complet révèle encore une cyphose dorso-lombaire congénitale et une fracture probable et ancienne du calcaneum.

M. Picqué prescrit d'abord le traitement de la vaginite, et, grâce à ce traitement, la vaginite est de beaucoup diminuée.

M. Picqué pratique ensuite une amputation du col.

Le résultat opératoire est parfait.

Quant à l'état mental, il a subi des modifications très importantes, dès le lendemain de l'opération. D'abord, on constate que les idées hypochondriaques et les autres conceptions délirantes s'effacent peu à peu ; la dépression des facultés persiste. Au début, l'amélioration est lente et légère : elle ne porte que sur les idées délirantes, hypochondriaques en particulier. Mais bientôt l'amélioration s'accroît ; sa marche est rapide et progressive : on voit se dissiper la tristesse, et les facultés, se relever. La malade sort de sa torpeur intellectuelle ; elle se réveille ; elle commence à causer ; elle cause spontanément ; elle sourit. Plus de dépression des facultés. Plus de tristesse. Etat normal. La malade est satisfaite, enchantée, de son opération. Plus de conceptions délirantes : absence complète d'idées hypochondriaques ; absence complète d'idées de culpabilité ; absence complète d'idées de suicide. Il n'y a plus de sentiment d'impuissance ; il n'y a plus de tristesse ; il n'y a plus de délire. H. est guérie de mélancolie aiguë.



CONCLUSIONS

Notre but, avons-nous déclaré dans notre introduction, était d'apporter comme thèse inaugurale, un certain nombre d'observations consciencieusement recueillies.

De ces observations, minutieusement prises, sous la direction de MM. Picqué, chirurgien en chef des asiles de la Seine, et Febvre, médecin en chef de Ville-Evrard, de ces faits, scrupuleusement observés, nous croyons pouvoir conclure que :

Loin d'enrayer la convalescence des aliénés, l'opération chirurgicale, indiquée, l'accélère, et, loin d'aggraver le pronostic des formes cliniques de l'aliénation mentale, exception faite des hystériques et des persécutés, l'opération chirurgicale, indiquée, favorise ce pronostic.

Attendu que la prédisposition suprême est réalisée par la convalescence des maladies mentales, et que cette convalescence est favorisée par l'opération chirurgicale, indiquée ; attendu que l'état mental des vésaniques est amélioré par l'opération chirurgicale, indiquée ; que jamais il n'est aggravé par ladite opération :

L'opération chirurgicale n'est pas une cause de folie.

Les psychoses post-opératoires sont des accidents, causés par l'appréhension, la crainte ou la terreur de l'opération, chez certains dégénérés prédisposés, émotifs. Un trouble profond de la sensibilité psychique est la condition de ces accidents.

Ces accidents sont rares, exceptionnels. Ils peuvent être prévus par l'examen mental de l'opéré, cet examen pratiqué par un médecin aliéniste.

L'opération chirurgicale est contre-indiquée, chez les dégénérés psychiques émotifs.

Elle n'est pas contre-indiquée par la dégénérescence ou l'aliénation mentale, s'il n'y a pas de troubles émotifs de la sensibilité psychique.

Elle doit être pratiquée, comme traitement curatif des maladies chirurgicales en général, et des affections gynécologiques en particulier, des dégénérés comme des aliénés.

L'intervention chirurgicale améliore l'état mental des aliénés, favorise le pronostic des vésanies, par la suppression de troubles organiques et physiques, qui paraissent avoir un rapport de causalité avec les troubles psychiques.

Elle peut avoir un résultat nul, au point de vue mental.

Elle n'aggrave jamais le délire vésanique.

Elle est surtout efficace, au point de vue mental,

dans les délires polymorphes des dégénérés, et dans la mélancolie aiguë ou chronique.

Elle est surtout efficace dans les états caractérisés par la dépression des facultés, dans les diverses formes cliniques de la mélancolie.

L'intervention chirurgicale est contre-indiquée dans es arrêts de développement, dans l'idiotie, l'imbécillité, si l'on recherche un résultat, au point de vue mental.

Elle est aussi contre-indiquée, dans le même but, dans la démence et la paralysie générale progressive, dans tous les états démentiels, partout où il y a lésions macroscopiques ou microscopiques de l'encéphale, et affaiblissement des facultés psychiques.

Elle paraît seulement pouvoir agir sur les délires de la paralysie générale et sur les psychoses greffées sur un fond démentiel, ou développées sur un terrain de débilité mentale.

L'intervention chirurgicale est contre-indiquée chez les hystériques et les persécutés, dégénérés persécutés-persécuteurs et délirants chroniques.

Vu :

Le Président de la thèse
TILLAUX.

Vu le doyen
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

H. JOUVE et BOYER, Imprimeurs, 15, rue Racine, 15, Paris.

